

演習 1 通報・届出の受付と事実確認の準備 (1日目120分)

演習のねらい

- 行政としての高齢者虐待対応にあたって、根拠を明確にした組織的な対応を行うためのツールとして各段階に応じた帳票を使うことを理解する。
- 通報・届出受付段階におけるポイントを理解する。
- 効果的な事実確認を行うためには、現段階の情報をもとに、事実確認についてシミュレーションし、丁寧な準備が必要であることを理解する。

演習の枠組みについて

- グループは、1グループ6人程度にする。
 - ・グループ分けは、対応経験等を考慮し編成する。
- 演習ファシリテーターは、可能であれば1つのグループにつき1人配置する。
 - ・講師と演習ファシリテーターとの打合せを事前に行う。

演習の進め方及び時間配分の目安 (計120分)

演習構成	演習内容 〔時間配分の目安〕	演習実施上のポイントや注意点など	配布物 (配布のタイミング)
導入 〔10分〕	①演習の目的説明 〔5分〕	○演習の全体的進め方 (「演習について」) を説明する。 ○演習1の目的を説明する ○導入では、「養介護施設従事者による高齢者虐待対応の全体フロー図」(手引きP63、帳票集表紙裏面)の中での初動期段階の確認、帳票の確認を行う。	
	②自己紹介 〔5分〕	○グループ内で自己紹介をおこなう。 ○各グループの司会進行、記録者を決める。	
ワーク1 〔40分〕	①事例情報の共有 〔5分〕	○ワーク1では、相談受付段階における重要な点を再確認することを目的に演習を行なうことを説明する。 ○事例情報1を講師が読み上げる。	■事例情報1
	②個人ワーク 〔10分〕	○ワーク1の内容を説明する。 ○事例情報1の情報をもとにして、受講者自身が相談の受付者の立場で、「通報・届出受付票」の指定部分(太線囲み、以下同じ)を記入する。	■ワークシート ①「通報・届出受付票」(個人用) (グループ用)
	③グループワーク 〔20分〕	○グループで「通報・届出受付票」を作成する。特に、事故報告書受理するにあたって検討すべき事項を【特記事項】に挙げ、その上で【虐待の可能性】【今後の対応】について検討する。	
	④解説 〔5分〕	○ワーク1の記入例を解説する。	■「ワークシート ①「記入例」及び「解説」

ワーク 2 〔70分〕	①事例情報の共有 〔10分〕	○ワーク 2 では、通報段階の情報（ワーク 1 記入例の情報）とその後には市内や県その他関係機関からの収集された（事例情報 2）をもとに、事実確認の準備のためのワークをおこなう。 ○事例情報 2 は、受講者が熟読する。	■事例情報 2
	②グループワーク 〔40分〕	○グループで「事実確認準備票」を作成する。	■ワークシート ②「事実確認準備票」
	③発表 〔10分〕	○3 グループ発表してもらう。	
	③解説 〔10分〕	○ワーク 2 の記入例を解説する。 ○このワークでは、現在の情報から、事実確認の実施の法的根拠、実施日時、参加者、関係機関との調整判定会議の開催日時、予想されるリスク等を検討し、準備票にまとめていく過程であり、それを体感するものであることを伝える。	■ワークシート ②「記入例」及び「解説」

演習を進めるにあたっての留意事項

- 初めて帳票をつかうので時間は目安になる。
- 各ワークの情報は個人・グループワークで完成させたものでなく記入済みの情報を用いて、そのつどすすめる。
- 帳票の枚数が多いので、今のワークの帳票がどこの段階かということを意識させる。
- 帳票を配るタイミングをファシリテーターと打ち合わせる。

機器の準備について

- プロジェクターの他、OHC（書画カメラ）など、講師の演習説明やグループで記載したグループワークシートなど手元資料をスクリーンに投影できる機器を準備する。

〔事例の概要〕

夜間のオムツ交換時に声掛けをせずに介護を始めたため、利用者が驚き、それを声かけで押さえようとするが収まらなかった。他の利用者への対応もありイライラした介護職員が、利用者の身体を突き飛ばし、ベッド右側の壁に利用者が額をぶつけた。翌朝、利用者の右側の額にアザを発見した職員が上司に報告し、病院へ受診となる。

翌日に施設側が事故報告書を介護保険課（指導監査、苦情・事故報告の受付担当）に提出。介護保険課担当係長が事故状況の確認を行う中で高齢者虐待の疑いに気づき、後日事実確認調査を実施した結果、高齢者虐待であることが判明した事例。

〔地域概況、施設概要〕

首都圏の郊外に位置するT市は、人口約30万人、うち約6万5千人（約22%）が高齢者である。市内には介護老人福祉施設が7か所あり、多くの高齢者が施設で生活している。

介護老人福祉施設***は、社会福祉法人▲▲▲が法人立ち上げと同時に開設した施設であり、平成20年4月に開設した比較的新しい施設である。ユニット型全室個室で定員は80人。また、介護老人福祉施設***ではデイサービス（定員20人／日）、ショートステイ（定員5人／日）を併設事業として実施している。

〔虐待者のプロフィール〕

職種は介護職員、ホームヘルパー2級修了者。男性45歳。

当施設には1年前から勤務している。入職時は介護未経験であったため半年間は非常勤として勤務。半年前に正規職員となり、夜勤も含めて他の職員と同様に勤務している。

〔被虐待高齢者のプロフィール〕

女性89歳。要介護4。アルツハイマー型認知症（中度）。

2年前に自宅で転倒して骨折し、介護老人福祉施設***への入所となる。歩行がとても不安定であるが、自分では歩けると思っ立ち上がってしまうことが多い。挨拶などの簡単な会話は可能であるが、耳が遠いため大きな声で話し掛けないと伝わらないことがある。不安になると、大きな声で職員を呼び続けることもある。また、体調によっては衣服の着脱や排泄介助を行う際に介護への抵抗があるが、職員が丁寧に対応すれば落ち着きを取り戻す。

長男家族は同じ市内に暮らしており、3か月に1回くらい施設を訪問している。

〔T市における高齢者虐待への対応体制〕

養介護施設等従事者等による高齢者虐待に対して、T市では介護保険課（指導監査、苦情・事故報告の受付等）及び高齢福祉課（高齢者虐待担当、地域包括支援センター主管）が連携して対応することとなっている。

1. 通報受付（事故報告書の提出）

(1) 事故報告書の受理

5月16日午後2:30頃、介護老人福祉施設***の相談員から介護保険課に施設内で事故が発生した旨の電話連絡を受けた。対応した介護保険課担当係長は、高齢者のケガの状態を確認した後、事故の状況について簡単な説明を受け、翌日事故報告書を持参するよう相談人に促した。

5月17日、介護老人福祉施設***の施設長と相談員が事故報告書を持参した。

◇持参した事故報告書の内容

介護保険事業者 事故報告書（事業者→市町村）

1 事業所概要	法人名	社会福祉法人▲▲▲
	事業所（施設）名	介護老人福祉施設***
	事業所番号	××××××××××
	所在地	T市▼▼▼1111番地
	記載者職氏名	施設長 ア
	サービス種類 （事故が発生したサービス）	介護老人福祉施設
2 対象者	氏名・年齢・性別	A 年齢：89歳 性別：女性 要介護度：4
	被保険者番号	△△△△△△△△△ サービス提供開始日 平成21年7月20日
	住所	T市▼▼▼1111番地
	保険者名	T市
3 事故の概要	発生日時	5月16日（月）午前3:30頃
	発生場所	介護老人福祉施設*** 2階の居室内
	事故の種別	打撲
	事故の内容	夜間の排せつ介助中に利用者Aが身体を起こして暴れ出したため、落ち着いてもらおうと対応している際に、はずみで介護職員が利用者Aの身体を押してしまい、利用者Aは頭（右顔面額）を壁にぶつけた。
4 対応 事故発生時	対処の仕方	5月16日（月）AM8:00過ぎに医療機関を受診。
	治療した医療機関	（医療機関名、住所、電話番号等） ××病院 △△町△△△△ tel:
	治療の概要	レントゲン撮影にて骨に異常がないことを確認。頭部打撲部位の治療。
	連絡済の関係機関	家族へ連絡し謝罪を済ませた（5月16日）
5 後の状況 事故発生後	利用者の状況	医療機関受診後にホームへ戻り、できるだけ職員が付き添うようにしているが、特に変わりなく過ごしている。
	損害賠償等の状況	
事故の原因分析及び再発防止に向けての今後の取組		発生原因：介護抵抗の強い高齢者に対する当該職員のケアの知識・技術が不十分であったため。 再発防止に向けた取組：当該職員への厳重注意。当面の間は夜間勤務を控え、フロアリーダーがついて介護知識・技術の向上に取り組ませる。

介護保険課担当係長が報告を受け、事故の状況等について持参した施設長、相談員に確認を行った。

(事故の具体的な発生状況について)

担当係長：「高齢者の身体を押した」とあるが、具体的にはどのような状況であったのか。

施設長：夜間のオムツ交換時に、当該高齢者が暴れだしたため落ち着いてもらおうとして両手首を掴んで抑えつけようとしたが、それでも暴れ続けて職員が叩かれたりしたため、どうしていいかわからなくなったらしい。その拍子で高齢者の頭部がベッド脇の壁にぶつかってしまったようだ。

(事故発生後の対処について)

担当係長：病院を受診するまで、施設内で処置をしていたのか。

施設長：高齢者のケガを発見したのは早番の職員。発見後すぐに看護職員にみせて念のため病院を受診させた。ケガを負わせた職員は、高齢者のケガには気づかなかったと言っている。

(高齢者の状態や現在の状況)

担当係長：ケガをした高齢者は、現在どのような状況か。

施設長：昨日、病院から戻ってきてからは、できるだけ職員が付き添うようにしているが、特に変わりなく過ごしている。

担当係長：ケガの程度は。

施設長：頭部（右側の額）に5 cm 四方のあざがあるが、幸い打撲だけで済んだ。また、両手首にも職員から握られたためにできたと思われるアザがあるが、こちらもケガの程度は軽い。

(高齢者の介護抵抗について)

担当係長：当該高齢者はいつも介護抵抗があるのか。

施設長：体調によって衣服の着脱や排泄介助を行う際に抵抗することがある。

担当係長：当該高齢者が介護抵抗した際にはどのように対処しているのか。

施設長：現場の職員それぞれが工夫し、落ち着かせようと対応している。

(ケガをさせた職員について)

担当係長：ケガをさせた職員が介護するときは、当該高齢者の介護抵抗は多いのか。他の職員が介護するときはどうか。

施設長：正確に把握してはいないが、他の職員の介護時に比べると当該職員が介護するときに介護抵抗が多いかも知れない。高齢者本人は、少し耳が遠いため大きな声ではっきりと声掛けしないと聞けないのだが、当該職員はあまりはっきりとした声掛けができていないときもあるので、それも高齢者の介護抵抗の原因になっているかもしれない。

担当係長：ケガを負わせた職員は、過去にも事故を起こしたことはあるのか。

施設長：事故にまで至ってはいないが、ヒヤリハットのことは何度かあった。

担当係長：ケガをさせた職員の経歴は。

施設長：1年前に未経験で入職後にヘルパー2級を取得。半年間は非常勤で勤務していたが、半年前に正規職となり、それ以降は他の正規職員と同様の勤務をさせている。

担当係長：ケガをさせた職員に対して、どのような対応を行ったのか。

施設長：当該高齢者への接触をしないように日勤のみの勤務に変更し、フロアリーダーと一緒に動きながら知識や技術の向上に努めてもらうこととした。

(家族への連絡について)

担当係長：家族に対して連絡は行ったのか。

施設長：本人が病院から戻ってきた後で、本人にまず謝罪をし、家族にも連絡を取って事情を説明したうえで謝罪している。

(2) 事故報告書への対応

事故報告書は一旦預かる形とし、確認が必要な点があれば連絡する旨を施設長に伝えた。

<p>個人ワーク 〔10分〕</p>	<p>○事例情報1をもとにして、受講者自身が相談受付者の立場で、「通報・届出受付票」の指定箇所（太線囲み）を記入して下さい。</p> <p>【主訴・通報等の概要、虐待（疑い）の状況】</p> <p>【虐待の可能性（通報段階）】</p> <p>【今後の対応】</p>
<p>グループワーク 〔20分〕</p>	<p>○グループで「通報・届出受付票」の指定箇所（太線囲み）を作成してください。</p> <p>【主訴・通報等の概要、虐待（疑い）の状況】</p> <p>【虐待の可能性（通報段階）】</p> <p>【今後の対応】</p> <p>○特に、事故報告書受理するにあたって検討すべき事項を【特記事項】に挙げ、その上で【虐待の可能性】【今後の対応】について検討して下さい。</p>

通報・届出受付票

受付日	平成23年5月17日(火) 午前/午後 11時00分～12時10分		部署	介護保険課	対応者	担当係長	
受付方法	<input type="checkbox"/> 電話 <input type="checkbox"/> 来所 <input type="checkbox"/> 郵便 <input type="checkbox"/> 電子メール <input checked="" type="checkbox"/> その他(事故報告受付時)			関係性	<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 家族親族等(続柄:) <input checked="" type="checkbox"/> 当該施設従事者(<input checked="" type="checkbox"/> 現職 <input type="checkbox"/> 元職員) ※公益通報の説明 <input type="checkbox"/> 未 <input type="checkbox"/> 済 <input type="checkbox"/> その他()		
通報者	氏名	施設長、相談員 <input type="checkbox"/> 匿名	■男 <input type="checkbox"/> 女 歳位				
	住所	施設住所 T市▼▼▼1111番地					
	電話	▼▼▼-1111	携帯電話				
	E-mail			連絡の可否	<input checked="" type="checkbox"/> 可能 <input type="checkbox"/> 拒否 <input type="checkbox"/> その他()		
通報内容の把握状況	<input type="checkbox"/> 通報者のみが知っている <input checked="" type="checkbox"/> 他にも知っている人がいる(他の従事者、当該高齢者家族) <input type="checkbox"/> 不明						
要望等							

【当該施設・事業所の状況】

施設・事業所名	指定介護老人福祉施設***	事業種別	指定介護老人福祉施設
法人名	社会福祉法人▲▲▲▲	法人種別	社会福祉法人
所在地	T市▼▼▼1111番地	電話	▼▼▼-1111
備考	5月16日(月)14時30分に相談員より事故報告の電話。事故報告書を持参するよう伝え、本日来庁。事故の発生状況及び対応について話を聞いた。		

【本人の状況】

氏名	A <input type="checkbox"/> 未確認		生年月日	明治■大正□昭和 10年11月29日 89歳 <input type="checkbox"/> 不明	
性別	<input type="checkbox"/> 男 <input checked="" type="checkbox"/> 女	利用開始日	平成21年7月20日	保険者	<input checked="" type="checkbox"/> 当該市町村 <input type="checkbox"/> 他市町村() <input type="checkbox"/> 自宅 <input checked="" type="checkbox"/> 通報先施設(介護老人福祉施設***) <input type="checkbox"/> 病院() <input type="checkbox"/> その他() ※通報先施設・入院先の階・部屋番号: 2階203号室
住所	<input type="checkbox"/> 不明 住民票登録住所 <input type="checkbox"/> 同左 <input type="checkbox"/> 異				
電話	<input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 携帯 <input type="checkbox"/> 不明	その他連絡先 (続柄:) <input type="checkbox"/> 不明			
介護認定	<input type="checkbox"/> 要支援() <input checked="" type="checkbox"/> 要介護(4) <input type="checkbox"/> 申請中(月 日) <input type="checkbox"/> その他() <input type="checkbox"/> 不明				
認知症	<input type="checkbox"/> なし <input checked="" type="checkbox"/> あり(程度:興奮すると介護抵抗あり。発語少ない。/ 会話の可否: <input type="checkbox"/> 可能 <input checked="" type="checkbox"/> 困難) <input type="checkbox"/> 不明				
疾患	<input type="checkbox"/> 一般() <input type="checkbox"/> 精神疾患() <input type="checkbox"/> 難病()				
身体状況	<input type="checkbox"/> 不明	障害手帳	<input type="checkbox"/> 有(等級: 種別:) <input type="checkbox"/> 無 <input checked="" type="checkbox"/> 不明		
経済状況	<input checked="" type="checkbox"/> 不明	生活保護受給	<input checked="" type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> 不明		
利用サービス	<input type="checkbox"/> 不明	介護支援専門員	<input type="checkbox"/> 不明		
状態	<input type="checkbox"/> 助けを求めている <input checked="" type="checkbox"/> 訴えがない(無反応) <input type="checkbox"/> その他()				

【家族等の状況】

家族	氏名	a1 <input type="checkbox"/> 不明		【家族構成】 	
	性別	■男 <input type="checkbox"/> 女	続柄		長男
	住所	〒 <input type="checkbox"/> 通報者に同じ <input type="checkbox"/> 不明			
	連絡先	△△△-1111 <input type="checkbox"/> 通報者に同じ <input type="checkbox"/> 不明			
	通報内容	<input checked="" type="checkbox"/> 知っている(□通報者である) <input type="checkbox"/> 知らない <input type="checkbox"/> 不明			
後見人	<input checked="" type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 補助 <input type="checkbox"/> 保佐 <input type="checkbox"/> 後見 <input type="checkbox"/> 任意後見 <input type="checkbox"/> 申立て中(□補助 □保佐 □後見) <input type="checkbox"/> 不明				
	氏名	(法人名:担当者名) <input type="checkbox"/> 不明			
	連絡先	<input type="checkbox"/> 不明			
	通報内容	<input type="checkbox"/> 知っている(□通報者である) <input type="checkbox"/> 知らない <input type="checkbox"/> 不明			
備考	5月16日午後、Aの病院受診後、施設から家族に謝罪がなされている。				

【主訴・通報の概要、虐待（疑い）の状況】

相談内容	<p>【事故報告書の記載内容】</p> <p>事故の種類：打撲</p> <p>事故の内容：夜間の排せつ介助中に利用者Aが身体を起こして暴れ出したため、落ち着いてもらおうと対応している際に、はずみで介護職員が利用者Aの身体を押してしまい、利用者Aは頭部（右顔面額）を壁にぶつけた。</p> <p>対処の仕方：5月16日（月）AM8:00過ぎに医療機関を受診、処置。</p> <p>利用者の状況：医療機関受診後にホームへ戻り、できるだけ職員が付き添うようにしているが、特に変わりなく過ごしている。</p> <p>発生原因分析：介護抵抗の強い高齢者に対する当該職員のケアの知識・技術が不十分であったため</p> <p>再発防止に向けた取り組み：当該職員への厳重注意。当該高齢者との接触をしないよう夜勤をせず、フロアリーダーがついて介護知識・技術の向上に取り組ませる。</p>			
発生日時	平成 年 月 日（ ） 午前／午後 時 分頃	発生場所		
虐待を行った 疑いのある職員 名又は特徴	<input type="checkbox"/> 複数 <input type="checkbox"/> 不明		職種	<input type="checkbox"/> 不明
虐待の可能性 具体的行為 及び 虐待の種別	<input type="checkbox"/> 平手打ちをする。つねる。殴る。蹴る。 <input type="checkbox"/> 緊急やむを得ない場合以外の身体拘束・抑制をする <input type="checkbox"/> 汚れのひどい服を着せたままにする、おむつが汚れている状態のままにするなど、日常的に不衛生な状態を放置する <input type="checkbox"/> ナースコール等を使用させない、手の届かない所に置く、職員が対応しないなど、高齢者の対応を放置又は無視する <input type="checkbox"/> 必要な用具の使用を限定し、高齢者の要望や行動を制限 <input type="checkbox"/> 怒鳴る、ののしる、「追い出すぞ」など威嚇的な発言や態度、「死ね」「臭い」「汚い」など侮辱的な発言や態度 <input type="checkbox"/> 排せつや着替えの介助がしやすいという目的で、下（上）半身を裸にしたり、下着のまま放置する <input type="checkbox"/> 人前で排せつをさせたり、おむつ交換をしたり、その場面を見せないための配慮をしない <input type="checkbox"/> 本人の合意なしに財産や金銭を使用し、本人の希望する金銭の使用を理由なく制限する <input type="checkbox"/> 事業所に金銭を寄付・贈与するよう強要する <input type="checkbox"/> その他			
情報源	<input type="checkbox"/> 実際に見た・聞いた <input type="checkbox"/> 本人から聞いた <input type="checkbox"/> 記録を見た <input type="checkbox"/> その他（ ）			
特記事項				

【虐待の可能性（通報段階）】

虐待の可能性 (通報段階)	<input type="checkbox"/> 身体的虐待の疑い <input type="checkbox"/> 放棄・放任の疑い <input type="checkbox"/> 心理的虐待の疑い <input type="checkbox"/> 性的虐待の疑い <input type="checkbox"/> 経済的虐待の疑い <input type="checkbox"/> 虐待とは言い切れないが不適切な状況（ ）
------------------	---

【今後の対応】

<input type="checkbox"/> 養介護施設従事者等による高齢者虐待の疑いとして対応			
<input type="checkbox"/> 高齢者虐待通報受付対応所管課長への報告	(月 日 ()	午前／午後	時 分
<input type="checkbox"/> 関係部署への報告	(月 日 ()	午前／午後	時 分 / 担当者: ()
<input type="checkbox"/> 事実確認に向けた検討会議の開催予定	(月 日 ()	午前／午後	時 分 ~ / 場 所: ()
<input type="checkbox"/> 都道府県への連絡	(月 日 ()	午前／午後	時 分 / 担当者: ()
<input type="checkbox"/> 養護者による高齢者虐待の疑いとして対応	(担当課: ()	引継日時 (月 日 ()	午前／午後 時 分)
<input type="checkbox"/> その他 (()		

通報・届出受付票

受付日	平成23年5月17日（火） 午前/午後 11時00分～12時10分		部署	介護保険課	対応者	担当係長	
受付方法	<input type="checkbox"/> 電話 <input type="checkbox"/> 来所 <input type="checkbox"/> 郵便 <input type="checkbox"/> 電子メール <input checked="" type="checkbox"/> その他（事故報告受付時）			関係性	<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 家族親族等（続柄： ） <input checked="" type="checkbox"/> 当該施設従事者（ <input checked="" type="checkbox"/> 現職 <input type="checkbox"/> 元職員） ※公益通報の説明 <input type="checkbox"/> 未 <input type="checkbox"/> 済 <input type="checkbox"/> その他（ ）		
通報者	氏名	施設長、相談員 <input type="checkbox"/> 匿名	<input checked="" type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女 歳位				
	住所	施設住所 T市▼▼▼1111番地					
	電話	▼▼▼-1111	携帯電話				
	E-mail		連絡の可否	<input checked="" type="checkbox"/> 可能 <input type="checkbox"/> 拒否 <input type="checkbox"/> その他（ ）			
通報内容の把握状況	<input type="checkbox"/> 通報者のみが知っている <input checked="" type="checkbox"/> 他にも知っている人がいる（他の従事者、当該高齢者家族） <input type="checkbox"/> 不明						
要望等							

【当該施設・事業所の状況】

施設・事業所名	指定介護老人福祉施設***	事業種別	指定介護老人福祉施設
法人名	社会福祉法人▲▲▲▲	法人種別	社会福祉法人
所在地	T市▼▼▼1111番地	電話	▼▼▼-1111
備考	5月16日（月）14時30分に相談員より事故報告の電話。事故報告書を持参するよう伝え、本日来庁。事故の発生状況及び対応について話を聞いた。		

【本人の状況】

氏名	A <input type="checkbox"/> 未確認		生年月日	明治 <input checked="" type="checkbox"/> 大正 <input type="checkbox"/> 昭和 10年11月29日 89歳 <input type="checkbox"/> 不明	
性別	<input type="checkbox"/> 男 <input checked="" type="checkbox"/> 女	利用開始日	平成21年7月20日	保険者	<input checked="" type="checkbox"/> 当該市町村 <input type="checkbox"/> 他市町村（ ）
居所	<input type="checkbox"/> 自宅 <input checked="" type="checkbox"/> 通報先施設（介護老人福祉施設***） <input type="checkbox"/> 病院（ ） <input type="checkbox"/> その他（ ） ※通報先施設・入院先の階・部屋番号：2階203号室				
住所				<input type="checkbox"/> 不明	住民票登録住所 <input type="checkbox"/> 同左 <input type="checkbox"/> 異
電話	<input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 携帯 <input type="checkbox"/> 不明	その他連絡先（続柄： ） <input type="checkbox"/> 不明			
介護認定	<input type="checkbox"/> 要支援（ ） <input checked="" type="checkbox"/> 要介護（4） <input type="checkbox"/> 申請中（月 日） <input type="checkbox"/> その他（ ） <input type="checkbox"/> 不明				
認知症	<input type="checkbox"/> なし <input checked="" type="checkbox"/> あり（程度：興奮すると介護抵抗あり。発語少ない。／ 会話の可否： <input type="checkbox"/> 可能 <input checked="" type="checkbox"/> 困難） <input type="checkbox"/> 不明				
疾患	<input type="checkbox"/> 一般（ ） <input type="checkbox"/> 精神疾患（ ） <input type="checkbox"/> 難病（ ）				
身体状況	<input type="checkbox"/> 不明		障害手帳	<input type="checkbox"/> 有（等級： 種別： ） <input type="checkbox"/> 無 <input checked="" type="checkbox"/> 不明	
経済状況	<input checked="" type="checkbox"/> 不明		生活保護受給	<input checked="" type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> 不明	
利用サービス	<input type="checkbox"/> 不明		介護支援専門員	<input type="checkbox"/> 不明	
状態	<input type="checkbox"/> 助けを求めている <input checked="" type="checkbox"/> 訴えがない（無反応） <input type="checkbox"/> その他（ ）				

【家族等の状況】

家族	氏名	a1 <input type="checkbox"/> 不明		<p>【家族構成】</p>	
	性別	<input checked="" type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	続柄		長男
	住所	〒 <input type="checkbox"/> 通報者に同じ <input type="checkbox"/> 不明			
	連絡先	△△△-1111 <input type="checkbox"/> 通報者に同じ <input type="checkbox"/> 不明			
	通報内容	<input checked="" type="checkbox"/> 知っている（ <input type="checkbox"/> 通報者である） <input type="checkbox"/> 知らない <input type="checkbox"/> 不明			
後見人	<input checked="" type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 補助 <input type="checkbox"/> 保佐 <input type="checkbox"/> 後見 <input type="checkbox"/> 任意後見 <input type="checkbox"/> 申立て中（ <input type="checkbox"/> 補助 <input type="checkbox"/> 保佐 <input type="checkbox"/> 後見） <input type="checkbox"/> 不明				
	氏名	(法人名：担当者名) <input type="checkbox"/> 不明			
	連絡先	<input type="checkbox"/> 不明			
	通報内容	<input type="checkbox"/> 知っている（ <input type="checkbox"/> 通報者である） <input type="checkbox"/> 知らない <input type="checkbox"/> 不明			
備考	5月16日午後、Aの病院受診後、施設から家族に謝罪がなされている。				

【主訴・通報の概要、虐待（疑い）の状況】

相談内容	<p>【事故報告書の記載内容】</p> <p>事故の種類：打撲</p> <p>事故の内容：夜間の排せつ介助中に利用者Aが身体を起こして暴れ出したため、落ち着いてもらおうと対応している際に、はずみで介護職員が利用者Aの身体を押してしまい、利用者Aは頭部（右顔面額）を壁にぶつけた。</p> <p>対処の仕方：5月16日（月）AM8:00過ぎに医療機関を受診、処置。</p> <p>利用者の状況：医療機関受診後にホームへ戻り、できるだけ職員が付き添うようにしているが、特に変わりなく過ごしている。</p> <p>発生原因分析：介護抵抗の強い高齢者に対する当該職員のケアの知識・技術が不十分であったため</p> <p>再発防止に向けた取り組み：当該職員への厳重注意。当該高齢者との接触をしないよう夜勤をせず、フロアリーダーがついて介護知識・技術の向上に取り組ませる。</p>		
発生日時	平成23年5月16日（月） 午前／午後 3時30分頃	発生場所	介護老人福祉施設***2階203号室（当該高齢者居室）
虐待を行った疑いのある職員名又は特徴	ウ <input type="checkbox"/> 複数 <input type="checkbox"/> 不明	職種	介護職 <input type="checkbox"/> 不明
虐待の可能性 具体的な行為 及び 虐待の種別	<p><input type="checkbox"/>平手打ちをする。つねる。殴る。蹴る。</p> <p><input type="checkbox"/>緊急やむを得ない場合以外の身体拘束・抑制をする</p> <p><input type="checkbox"/>汚れのひどい服を着せたままにする、おむつが汚れている状態のままにするなど、日常的に不衛生な状態を放置する</p> <p><input type="checkbox"/>ナースコール等を使用させない、手の届かない所に置く、職員が対応しないなど、高齢者の対応を放置又は無視する</p> <p><input type="checkbox"/>必要な用具の使用を限定し、高齢者の要望や行動を制限</p> <p><input type="checkbox"/>怒鳴る、ののしる、「追い出すぞ」など威嚇的な発言や態度、「死ね」「臭い」「汚い」など侮辱的な発言や態度</p> <p><input type="checkbox"/>排せつや着替えの介助がしやすいという目的で、下（上）半身を裸にしたり、下着のまま放置する</p> <p><input type="checkbox"/>人前で排せつをさせたり、おむつ交換をしたり、その場面を見せないための配慮をしない</p> <p><input type="checkbox"/>本人の合意なしに財産や金銭を使用し、本人の希望する金銭の使用を理由なく制限する</p> <p><input type="checkbox"/>事業所に金銭を寄付・贈与するよう強要する</p> <p>■その他</p> <p>・高齢者が壁にぶつかるほどの力で身体を押した。ケガを負わせている。身体的虐待が疑われる。</p>		
情報源	<p><input type="checkbox"/>実際に見た・聞いた <input type="checkbox"/>本人から聞いた <input type="checkbox"/>記録を見た</p> <p>■その他（5月17日（火）午前に施設長、相談員が事故報告書を持参。その際に事故発生状況を確認。）</p>		
特記事項	<p>【要検討事項】</p> <p>・今回の事故に限らず、高齢者の介護抵抗が起きる原因が究明されていない（介護抵抗が起きるときと起きないときがある）。アセスメント面での問題が疑われる。</p> <p>・また、高齢者の介護抵抗への対処も統一されていない。介護計画やチームケアの連携体制面の問題も疑われる。</p>		

【虐待の可能性（通報段階）】

虐待の可能性 （通報段階）	<p>■身体的虐待の疑い <input type="checkbox"/>放棄・放任の疑い <input type="checkbox"/>心理的虐待の疑い <input type="checkbox"/>性的虐待の疑い <input type="checkbox"/>経済的虐待の疑い</p> <p><input type="checkbox"/>虐待とは言い切れないが不適切な状況（ ）</p>
------------------	---

【今後の対応】

■養介護施設従事者等による高齢者虐待の疑いとして対応			
■高齢者虐待通報受付対応所管課長への報告	（5月17日（火）	午前／午後	1時50分
■関係部署への報告	（5月17日（火）	午前／午後	2時30分／担当者：事務職（ ）
■事実確認に向けた検討会議の開催予定	（5月18日（水）	午前／午後	1時30分～／場 所：介護保険課（ ）
■都道府県への連絡	（5月18日（水）	午前／午後	4時 分／担当者：介護保険課（ ）
<input type="checkbox"/> 養護者による高齢者虐待の疑いとして対応（担当課： ） 引継日時（ 月 日（ ） 午前／午後 時 分）			
<input type="checkbox"/> その他（ ）			

◎事故報告受理時のポイント

高齢者虐待が事故として報告されることも少なくないと考えられます。施設・事業所から事故報告を受理する際には、背景に高齢者虐待が潜んでいる可能性を念頭におきながら事故発生時の状況等を詳しく確認することが求められます。

また、事故報告書受理後も、回覧等により複数の職員で組織的に確認するなどして、高齢者虐待の疑いを見逃さないことが必要です。

【担当係長の疑問】

- ・高齢者が倒れるほどの力で身体を押したこと、ケガを負わせたこと、これは事故ではなく高齢者虐待に該当するのではないか。
- ・今回の事故に限らず、高齢者の介護抵抗が起きる原因が究明されていない（介護抵抗が起きるときと起きないときがある）。アセスメント面での問題が疑われる。
- ・また、高齢者の介護抵抗への対処も統一されていない。介護計画やチームケアの連携体制面の問題も疑われる。

2. 情報共有・協議

(1) 虐待担当部署との情報共有

事故報告書を一旦預かった介護保険課担当係長は、高齢者虐待担当である高齢福祉課長および同課係長に事故報告書と施設長への確認内容を報告し、高齢者虐待として対応する必要性について相談を行った。

その結果、介護職員が行った行為（強く押す、ケガをさせる、声を）は高齢者虐待の可能性があると判断し、まずは両課で必要な情報収集を行い、翌日に両課の関係者でミーティングを行うこととした。

(2) 情報収集の役割分担

①介護保険課で収集する情報

- ・当該高齢者の介護保険関連情報（本人の状況やサービス利用に関する情報）
- ・市に報告されている介護老人福祉施設***の過去の事故報告書、苦情等
- ・都道府県が介護老人福祉施設***に対して行った指導監査結果、寄せられている苦情等

②高齢福祉課で収集する情報

- ・当該高齢者のケガの程度を治療した医療機関へ確認
- ・当該高齢者の住民票、生活保護受給の有無、障害手帳等の有無を庁内関係部署へ照会

情報共有・協議票

協議日時：平成 23 年 5 月 17 日 (火) 午前/午後 3 時 00 分

協議参加者：介護保険課長、係長、事務職 1、2、高齢福祉課長、担当係長、事務職 3、4

決定者：高齢福祉課長 印

【基本情報】

高齢者本人	氏名： A □特定できず	性別：男・ <input checked="" type="checkbox"/> 女・不明	年齢： 89 歳・不明
施設・事業所	名称：介護老人福祉施設***	種別： <input checked="" type="checkbox"/> 指定介護保険施設・事業所 □指定障害福祉施設・事業所	□その他

【情報収集依頼項目】

1. 介護保険担当部署、指導監査担当部署への依頼事項

高齢者本人の情報	本人の状況	■年齢 ■性別 ■要介護度 ■主治医意見書 ■保険者 ■障害者・認知症日常生活自立度 ■成年後見人等の有無	依頼日時 (5月17日 (火) 午前/午後 4時 分) 依頼者 (介護保険課担当係長)
	サービス利用状況	□担当介護支援専門員 □介護計画の内容 ■当該施設・事業所サービスの利用開始時期	依頼日時 (5月17日 (火) 午前/午後 4時 分) 依頼者 (介護保険課担当係長)
	その他	■ ××病院にケガの程度を確認 □	依頼日時 (5月17日 (火) 午前/午後 5時 分) 依頼者 (高齢福祉課担当係長)
当該施設・事業所に関する情報	高齢者虐待	□ (過去) 虐待が疑われる通報等の有無 □ (過去) 虐待の有無と対応状況	依頼日時 (月 日 () 午前/午後 時 分) 依頼者 ()
	監査の状況	□監査結果 □監査日 □改善状況	依頼日時 (月 日 () 午前/午後 時 分) 依頼者 ()
	指導の状況	□実地指導結果 □実施指導日 □改善状況	依頼日時 (月 日 () 午前/午後 時 分) 依頼者 ()
	苦情の状況	■苦情の内容 ■日時 □改善状況	依頼日時 (5月17日 (火) 午前/午後 4時 分) 依頼者 (介護保険課担当係長)
	事故報告	■事故報告内容 ■報告日時 □改善状況	依頼日時 (5月17日 (火) 午前/午後 4時 分) 依頼者 (介護保険課担当係長)
	その他	□ □	依頼日時 (月 日 () 午前/午後 時 分) 依頼者 ()

2. その他の関連部署等への依頼事項

住民票等	■住民票	依頼日時 (5月17日 (火) 午前/午後 4時 30分) 依頼先 (住民課) 依頼者 (高齢福祉課担当係長)
生活保護	■生活保護受給状況	依頼日時 (5月17日 (火) 午前/午後 4時 30分) 依頼先 (住民課) 依頼者 (高齢福祉課担当係長)
障害福祉	■障害者手帳有無 ■障害福祉サービス利用状況	依頼日時 (5月17日 (火) 午前/午後 4時 30分) 依頼先 (障害福祉課) 依頼者 (高齢福祉課担当係長)
医療	■後期高齢者医療制度 □国民健康保険	依頼日時 (5月17日 (火) 午前/午後 4時 30分) 依頼先 (国保課) 依頼者 (高齢福祉課担当係長)
その他	□ □	依頼日時 (月 日 () 午前/午後 時 分) 依頼先 () 依頼者 ()

3. 都道府県等関係機関への依頼事項

都道府県による監査の状況	■監査結果 ■監査日 ■改善状況	依頼日時 (5月17日 (火) 午前/午後 4時 30分) 依頼先 (県担当部署) 依頼者 (介護保険課担当係長)
都道府県による指導の状況	■実地指導結果 ■実施指導日 ■改善状況	依頼日時 (5月17日 (火) 午前/午後 4時 30分) 依頼先 (県担当部署) 依頼者 (介護保険課担当係長)
都道府県への苦情	■苦情の内容 ■日時 ■改善状況	依頼日時 (5月17日 (火) 午前/午後 4時 30分) 依頼先 (県担当部署) 依頼者 (介護保険課担当係長)
国保連合会への苦情	■苦情の内容 ■日時 ■改善状況	依頼日時 (5月17日 (火) 午前/午後 4時 30分) 依頼先 (国保連合会) 依頼者 (介護保険課担当係長)
運営適正化委員会への苦情	■苦情の内容 ■日時 ■改善状況	依頼日時 (5月17日 (火) 午前/午後 4時 30分) 依頼先 (運営適正化委員会) 依頼者 (介護保険課担当係長)
その他	□ □	依頼日時 (月 日 () 午前/午後 時 分) 依頼先 () 依頼者 ()

3. 事実確認の準備

5月18日（水）午後1時30分より、介護保険課、高齢福祉課合同による情報共有と事実確認調査準備のためのミーティングが開催された。

出席者：（介護保険課）課長、担当係長、担当職員2名（事務職）
（高齢福祉課）課長、担当係長、担当職員2名（事務職）

(1) 情報収集結果の共有

介護保険課、高齢福祉課より、それぞれが収集した情報について報告がなされた。

① 高齢者に関する情報

- ・施設長の話では、治療後は当該高齢者が落ち着けるように職員を配置するなどしていることを確認している。
- ・長男家族が市内に居住している。家族に対して施設から謝罪が行われており、調査終了後に必要に応じて連絡することとした。
- ・高齢者福祉課担当係長が××病院に連絡し、ケガの状況と受診時の状況を確認。医師から「頭部（右側の額）に5cm四方に打撲によるあざと、両手首にも強く握られたと思われるアザを確認。いずれもケガの程度は浅い」との情報を得る。
- ・高齢者福祉課担当係長が国民健康保険課から後期高齢者医療制度の滞納がないことを確認した。
- ・介護保険係長が介護認定情報から介護度4、障害者・認知症日常生活自立度Ⅲb、認知症との記載あり、時おり介護抵抗が見受けられることを確認。

② 施設に関する情報

- ・当該施設に関する苦情からは、別の利用者家族から言葉遣いや介護が乱暴な職員がいるとの苦情が寄せられていた。
- ・都道府県から提供された1年ほど前の指導監査結果では、特に目立った指摘はなされていない。都道府県に対しては、近日中に事実確認を実施すること、調査結果についてまた報告することを伝えた。

③ ケガをさせた職員に関する情報

- ・施設長からの説明の中で、当該高齢者との接触を避け、当該職員は夜勤から外れ、フロアリーダーと一緒に動くよう勤務体制の変更がなされていることを確認している。

ワーク2 課題

事実確認の準備のための会議を行っています。

<p>グループワーク 〔40分〕</p>	<p>○通報段階の情報（ワーク1記入例の情報）とその後に庁内や県その他関係機関からの収集された情報（事例情報2）をもとに、グループで「事実確認準備票」の指定箇所（太線囲み）を作成して下さい。</p> <p><表面></p> <ul style="list-style-type: none"> ・事実確認の実施根拠 ・事実確認調査日時 ・施設事業所への事前連絡 ・事実確認参加者（専門職） <p><裏面></p> <ul style="list-style-type: none"> ・事実確認実施体制（一般職員面接） ・事実確認中に予測されるリスクと対処方法 ・判断会議 <p>○一般職員面接では、どういう職員を、どういう順番で面接するかを検討してください。</p>
--------------------------	---

ワーク2 ワークシート (太線がワーク部分)

事実確認準備票

【事実確認の方法と参加者】

協議日時：平成 23 年 5 月 18 日 (水) 午前/午後 1 時 30 分

協議参加者：介護保険課長、係長、事務職1、2、高齢福祉課長、担当係長、事務職3、4

決定者：高齢福祉課長 印

事実確認調査の根拠	<input type="checkbox"/> 監査（介護保険法・老人福祉法 第 条に基づく） <input type="checkbox"/> 高年齢者虐待防止法による任意調査	<input type="checkbox"/> 実地指導（介護保険法第23条に基づく） <input type="checkbox"/> 養護者による高齢者虐待として実施
事実確認調査日時	平成 年 月 日 (木) 午前/午後 時 分	
施設・事業所への事前連絡	<input type="checkbox"/> 有（連絡予定日時： 年 月 日 () 午前/午後 時 分） 連絡者：役職 氏名 連絡相手：	
事実確認調査の参加者	養介護施設従事者等による高齢者虐待担当部署（部署名： 高齢福祉課 ） 参加者：役職 担当係長 氏名 , 役職 氏名 役職 事務職3 氏名 , 役職 事務職4 氏名	
	養介護施設等指導監査担当部署（部署名：介護保険課 ） 参加者：役職 担当係長 氏名 , 役職 氏名 役職 事務職1 氏名 , 役職 事務職2 氏名	
	関係部署（部署名：保健センター , ） 参加者：役職 保健師 氏名 , 役職 氏名	
	関係部署（部署名： , ） 参加者：役職 氏名 , 役職 氏名	
	事実確認調査の現場責任者：部署名 高齢福祉課 役職 担当係長 氏名	
<input type="checkbox"/> 保健師等の医療専門職の参加 <input type="checkbox"/> 社会福祉士等の福祉専門職の参加		

【事前確認・調整事項】

都道府県との連携	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 [<input type="checkbox"/> 事実確認調査実施の連絡 <input type="checkbox"/> 調査への同行依頼 <input type="checkbox"/> その他 ()] [連携が必要な理由] <input type="checkbox"/> 市町村が行う事実確認等に、施設・事業者が応じない可能性が高い場合 <input type="checkbox"/> 重篤な事態が想定され、早急に老人福祉法・介護保険法による指導検査等が必要と考えられる場合 <input type="checkbox"/> 指導等を繰返している施設・事業者で、都道府県として早期介入が必要と考えられる場合 <input type="checkbox"/> その他 ()
警察との連携の必要性	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 通報内容に犯罪性が認められる場合 <input type="checkbox"/> 事実確認の妨害がある場合 <input type="checkbox"/> 市町村職員への脅し・恫喝等危害を加えられる場合 <input type="checkbox"/> その他 ()
高齢者の入院保護が必要な場合の調整	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有
家族・成年後見人等への連絡説明	<input type="checkbox"/> しない <input type="checkbox"/> する (平成 年 月 日 () 午前/午後 時 説明者：)

【使用機材】

<input checked="" type="checkbox"/> カメラ (1 台) (<input checked="" type="checkbox"/> フィルム・メモリーカード / <input checked="" type="checkbox"/> 予備電池) <input type="checkbox"/> ビデオカメラ (台) (<input type="checkbox"/> テープ (本) / <input type="checkbox"/> 予備電池/充電の確認) <input checked="" type="checkbox"/> ICレコーダー・録音テープ (3 台) (<input checked="" type="checkbox"/> 予備電池 / <input checked="" type="checkbox"/> 予備テープ) <input type="checkbox"/> 関係法令集 <input type="checkbox"/> その他 ()
--

【事実確認実施体制】

	日時	役割	担当者氏名	実施場所	使用書式等
調査前	5月19日 午前/午後 10時 00分～	訪問目的の説明 職務と守秘義務・調査事項の説明、 施設への協力依頼	担当： 高齢福祉課担当係長	当該施設 事務室、施 設長室	■身分証明書 ■介護保険検査証 ■通知文書（実地指導用、監査用）
調査中	午前/午後 10時 30分～ 11時 00分迄	【虐待を受けた疑いのある高齢者面 接】 対象者 1 名 (氏名： A) (氏名：)	担当： 保健師 高齢福祉課担当係長	203号室	■面接調査票（高齢者本人用） ■血圧計等バイタル測定セット ■長谷川式スケール
	午前/午後 11時 00分～ 16時 00分迄	【その他高齢者面接】 対象者 5 名 (氏名： 同一ユニットの利用者) (氏名：)	担当： 保健師 高齢福祉課職員 3	各利用者 居室	■面接調査票（その他の高齢者用） ■血圧計等バイタル測定セット ■長谷川式スケール
	午前/午後 10時 30分～ 11時 30分迄	【管理者面接】 対象者 1 名 (職名・氏名： 施設長) (職名・氏名：)	担当： 介護保険課担当係長 高齢福祉課職員 4	相談室 1	■面接調査票（管理者用）
	午前/午後 11時 30分～ 12時 00分迄	【主任・リーダー面接】 対象者 1 名 (職名・氏名： フロアリーダー) (職名・氏名：)	担当： 介護保険課担当係長 高齢福祉課職員 4	相談室 1	■面接調査票（主任・リーダー用）
	午前/午後 13時 00分～ 15時 00分迄	【一般職員面接】 対象者 名 (職名・氏名：) (職名・氏名：) (職名・氏名：) (職名・氏名：)	担当： 介護保険課担当係長 高齢福祉課職員 4	相談室 1	■面接調査票（一般職員用）
	午前/午後 15時 00分～ 16時 00分迄	【虐待を行った疑いのある職員への 面接】 対象者 1 名 (職名・氏名： 介護職 ウ)	担当： 介護保険課担当係長 高齢福祉課職員 4	相談室 1	■面接調査票（虐待を行った疑い のある職員用）
	午前/午後 10時 30分～ 16時 00分迄	各種書類等確認	担当：介護保険課 事務職 1、事務職 2	相談室 2	■各種書類等確認票
	午前/午後 時 分～ 時 分迄	施設・事業所内の状況把握・点検	担当：全員		■養介護施設・事業所の状況把 握・点検票
調査後	午前/午後 10時 00分～ 17時 00分迄	全体の統括・調整	担当： 高齢福祉課担当係長	相談室 1	
	午前/午後 16時 00分～ 17時 00分迄	調査結果の確認と課長への報告、 施設・事業所に対する当日の指導内容の 検討	担当：全員	相談室 1	
	午前/午後 17時 00分～ 17時 30分迄	管理者への結果報告 指示・指導内容の伝達 今後の予定等の説明	担当： 高齢福祉課担当係長	相談室 1	

※当日不在の職員については、翌日に面接を実施する。

事実確認中に予測されるリスクと対処方法

- ☐ 事実確認調査を拒否された場合 :
☐ 施設長など管理者が不在の場合 :
☐ 高齢者本人が入院等で不在の場合 :
☐ その他 () :

【判断会議】

開催予定日時：平成 年 月 日 () 午前/午後 時 分～ 開催場所：

会議参加者： _____

ワーク2 記入例 (太線がワーク部分)

事実確認準備票

【事実確認の方法と参加者】

協議日時：平成 23 年 5 月 18 日 (水) 午前/午後 1 時 30 分

協議参加者：介護保険課長、係長、事務職1、2、高齢福祉課長、担当係長、事務職3、4

決定者：高齢福祉課長 印

事実確認調査の根拠	<input type="checkbox"/> 監査（介護保険法・老人福祉法 第 条に基づく） <input checked="" type="checkbox"/> 高齢者虐待防止法による任意調査	<input checked="" type="checkbox"/> 実地指導（介護保険法第 23 条に基づく） <input type="checkbox"/> 養護者による高齢者虐待として実施
事実確認調査日時	平成 23 年 5 月 19 日 (木) 午前/午後 10 時 00 分	
施設・事業所への事前連絡	<input checked="" type="checkbox"/> 有（連絡予定日時：平成 23 年 5 月 19 日 (木) 午前/午後 8 時 30 分） 連絡者：役職 高齢福祉課 氏名 担当係長 連絡相手：施設長	
事実確認調査の参加者	養介護施設従事者等による高齢者虐待担当部署（部署名： 高齢福祉課 ） 参加者：役職 担当係長 氏名 , 役職 氏名 役職 事務職3 氏名 , 役職 事務職4 氏名	
	養介護施設等指導監査担当部署（部署名：介護保険課 ） 参加者：役職 担当係長 氏名 , 役職 氏名 役職 事務職1 氏名 , 役職 事務職2 氏名	
	関係部署（部署名：保健センター , ） 参加者：役職 保健師 氏名 , 役職 氏名	
	関係部署（部署名： , ） 参加者：役職 氏名 , 役職 氏名	
	事実確認調査の現場責任者：部署名 高齢福祉課 役職 担当係長 氏名	
<input checked="" type="checkbox"/> 保健師等の医療専門職の参加 <input type="checkbox"/> 社会福祉士等の福祉専門職の参加		

【事前確認・調整事項】

都道府県との連携	<input type="checkbox"/> 無 <input checked="" type="checkbox"/> 有 <input checked="" type="checkbox"/> 事実確認調査実施の連絡 <input type="checkbox"/> 調査への同行依頼 <input type="checkbox"/> その他（ ） [連携が必要な理由] <input type="checkbox"/> 市町村が行う事実確認等に、施設・事業者が応じない可能性が高い場合 <input type="checkbox"/> 重篤な事態が想定され、早急に老人福祉法・介護保険法による指導検査等が必要と考えられる場合 <input type="checkbox"/> 指導等を繰返している施設・事業者で、都道府県として早期介入が必要と考えられる場合 <input checked="" type="checkbox"/> その他（ 情報共有、当該施設に関する情報提供依頼 ）
警察との連携の必要性	<input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 通報内容に犯罪性が認められる場合 <input type="checkbox"/> 事実確認の妨害がある場合 <input type="checkbox"/> 市町村職員への脅し・恫喝等危害を加えられる場合 <input type="checkbox"/> その他（ ）
高齢者の入院保護が必要な場合の調整	<input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 施設長の話から、高齢者は現在治療を済ませ、特に変わりなく過ごしていることを確認済み。
家族・成年後見人等への連絡説明	<input type="checkbox"/> しない <input checked="" type="checkbox"/> する（平成 年 月 日（ ）午前/午後 時 説明者： ） ※虐待判断会議にて、連絡の要否について検討する。

【使用機材】

<input checked="" type="checkbox"/> カメラ （ 1 台 ） （ <input checked="" type="checkbox"/> フィルム・メモリーカード/ <input checked="" type="checkbox"/> 予備電池） <input type="checkbox"/> ビデオカメラ （ 台 ）（ <input type="checkbox"/> テープ（ 本 ）/ <input type="checkbox"/> 予備電池/充電の確認） <input checked="" type="checkbox"/> IC レコーダー・録音テープ （ 3 台 ） （ <input checked="" type="checkbox"/> 予備電池/ <input checked="" type="checkbox"/> 予備テープ） <input type="checkbox"/> 関係法令集 <input type="checkbox"/> その他（ ）
--

【事実確認実施体制】

	日時	役割	担当者氏名	実施場所	使用書式等
調査前	5月19日 午前/午後 10時 00分～	訪問目的の説明 職務と守秘義務・調査事項の説明、 施設への協力依頼	担当： 高齢福祉課担当係長	当該施設 事務室、施 設長室	■身分証明書 ■介護保険検査証 ■通知文書（実地指導用、監査用）
調査中	午前/午後 10時 30分～ 11時 00分迄	【虐待を受けた疑いのある高齢者面 接】 対象者 1 名 (氏名： A) (氏名：)	担当： 保健師 高齢福祉課担当係長	203 号室	■面接調査票（高齢者本人用） ■血圧計等バイタル測定セット ■長谷川式スケール
	午前/午後 11時 00分～ 16時 00分迄	【その他高齢者面接】 対象者 5 名 (氏名： 同一ユニットの利用者) (氏名：)	担当： 保健師 高齢福祉課職員 3	各利用者 居室	■面接調査票（その他の高齢者用） ■血圧計等バイタル測定セット ■長谷川式スケール
	午前/午後 10時 30分～ 11時 30分迄	【管理者面接】 対象者 1 名 (職名・氏名： 施設長) (職名・氏名：)	担当： 介護保険課担当係長 高齢福祉課職員 4	相談室 1	■面接調査票（管理者用）
	午前/午後 11時 30分～ 12時 00分迄	【主任・リーダー面接】 対象者 1 名 (職名・氏名： フロアリーダー) (職名・氏名：)	担当： 介護保険課担当係長 高齢福祉課職員 4	相談室 1	■面接調査票（主任・リーダー用）
	午前/午後 13時 00分～ 15時 00分迄	【一般職員面接】 対象者 名 (職名・氏名： 発見した職員) (職名・氏名： 同日の夜勤職員) (職名・氏名： 当該高齢者担当職員) (職名・氏名： 同じユニットの職員)	担当： 介護保険課担当係長 高齢福祉課職員 4	相談室 1	■面接調査票（一般職員用）
	午前/午後 15時 00分～ 16時 00分迄	【虐待を行った疑いのある職員への 面接】 対象者 1 名 (職名・氏名： 介護職 ウ)	担当： 介護保険課担当係長 高齢福祉課職員 4	相談室 1	■面接調査票（虐待を行った疑い のある職員用）
	午前/午後 10時 30分～ 16時 00分迄	各種書類等確認	担当： 介護保険課 事務職 1、事務職 2	相談室 2	■各種書類等確認票
	午前/午後 時 分～ 時 分迄	施設・事業所内の状況把握・点検	担当： 全員		■養介護施設・事業所の状況把 握・点検票
調査後	午前/午後 10時 00分～ 17時 00分迄	全体の統括・調整	担当： 高齢福祉課担当係長	相談室 1	
	午前/午後 16時 00分～ 17時 00分迄	調査結果の確認と課長への報告、 施設・事業所に対する当日の指導内容の 検討	担当： 全員	相談室 1	
	午前/午後 17時 00分～ 17時 30分迄	管理者への結果報告 指示・指導内容の伝達 今後の予定等の説明	担当： 高齢福祉課担当係長	相談室 1	

※当日不在の職員については、翌日に面接を実施する。

事実確認中に予測されるリスクと対処方法

- 事実確認調査を拒否された場合 : 監査に切り替える。
- 施設長など管理者が不在の場合 : 責任者に連絡を取ってもらい、調査への協力を要請する。
- 高齢者本人が入院等で不在の場合 :
- その他 () :

【判断会議】

開催予定日時：平成 23 年 5 月 23 日（月）午前/午後 1 時 30 分～ 開催場所： 高齢福祉課

会議参加者： 介護保険課長、係長、事務職 1、2、高齢福祉課長、担当係長、事務職 3、4、保健師

(1) 情報共有、協議

◎高齢者本人の居所と保険者が異なる場合の対応ポイント

高齢者が入所している養介護施設の所在地と通報等を行った家族等の住所地が異なる場合、通報等がどちらの市町村に寄せられるかは予測できません。通報等への対応は、養介護施設の所在地の市町村が行うこととし、家族等がいる市町村に通報がなされた場合には、速やかに養介護施設所在地の市町村に引き継ぐようにします。

施設に入所している高齢者が住民票を移していない場合にも、通報等への対応は施設所在地の市町村が行います。

(2) 事実確認のための準備

① 実施根拠

事故報告書の内容から高齢者虐待が疑われるため、高齢者虐待防止法第24条に基づき介護保険法第23条を適用することを確認した。

【解説】 事実確認の方法について

養介護施設従事者等による高齢者虐待が疑われる際の事実確認の方法として、

○介護保険法に基づく「監査（立入検査等）」等

○「実地指導」（介護保険法第23条、第24条に基づく文書の提出、当該職員への質問等を含む）

があります。また、高齢者虐待防止法の主旨を踏まえて、養介護施設・事業所の協力を得て調査を実施することも可能です。

個別の事案においてどのような方法で事実確認を行うかについては、当該事案の通報内容や当該養介護施設・事業所の状況を踏まえ、「介護保険最新情報 vol. 263」（厚生労働省老健局総務課）で示されている考え方（指定基準違反や不正請求等が疑われる場合は「監査（立入検査等）」で行うこととし、サービスの質の向上の観点から行う場合は「実地指導」を行う）に基づき、「監査（立入検査等）」「実地指導」「高齢者虐待防止法の主旨を踏まえた調査」の3つの中から適切な方法を総合的に検討して実施します。

② 調査実施日

できる限り速やかに訪問することが必要であると判断し、翌日の5月19日（木）午前10時に訪問することを決定。5月20日（金）も引き続き調査を実施する。

◎事実確認調査実施にあたってのポイント

事実確認調査は、高齢者の安全確認が最優先されます。また、この事例のようにケガをしたりアザがある場合には時間の経過とともに傷痕やアザが変化してしまうため、可能な限り速やかに準備を整えて養介護施設・事業所を訪問し事実確認を行うことが必要です。

事前に通知文書は出さずに、当該施設を訪問する直前に連絡し、事故報告の内容から高齢者虐待が疑われるため調査に行くこと、施設長には、対応をお願いしたいことを伝えることにした。

④訪問者

訪問者については、介護保険課（3名）、高齢福祉課（3名）のほか、医療専門職が必要であることから保健センターに協力を求め、保健師1名に同行してもらうこととした。

介護保険課：担当係長、担当職員2名（事務職）

高齢福祉課：担当係長、担当職員2名（事務職）

保健センター：保健師1名

⑤役割分担

事実確認実施にあたっての役割分担については、以下のような体制とした。

現場責任者：高齢福祉課担当係長（訪問目的の説明、調査事項の説明、協力依頼、統括）

当該高齢者面接：保健師と高齢福祉課係長が面会し、ケガの状況とともに可能な範囲で事故発生時の状況を確認する。別途、被虐待高齢者と同じユニットの利用者にも声をかけながら話を聞き、状態を確認する。

職員面接：介護保険課担当係長、高齢福祉課担当職員が、管理者およびリーダー層の他、被虐待高齢者のいるユニット職員に対して個別に面接し聞き取りを行う。なお、職員への面接順番については、最初に客観的な状況把握をするためケガを発見した職員、同一日に夜勤をしていた職員、ケガをした高齢者の担当職員、ケガを負わせた職員の順に行うこととした。

記録確認：介護保険課職員を中心に、被虐待高齢者に関する情報（介護計画、担当者会議録、介護記録等）、同じユニットや介護抵抗のある利用者の情報（介護計画や介護記録等）、虐待が疑われる職員に関する情報（勤務表、研修記録、職員会議記録等）、施設内の各種取組状況（事故報告、ヒヤリハット、苦情処理、各種委員会活動記録、研修計画・実施記録等）を確認。

◎高齢者の保護について

この事例では、施設長の話から治療後、当該高齢者が落ち着けるように職員を配置し、本人も普段と変わりなく過ごしていることが確認できていますが、高齢者本人の状態が確認できない場合には、入院や保護を想定した準備が必要となることもあります。

⑥リスク対応

事実確認実施時には、調査を拒否されたり、責任者が不在のため対応できないとの返答も想定される。それぞれのリスクに対して以下の方針で対応することとした。

○調査を拒否された場合：介護保険法の監査に切り替えて事実確認を行う。

○責任者が不在の場合：責任者に連絡を取ってもらい調査への協力を要請し、責任者にはすみやかに調整し、対応を行う。

⑦判断会議の開催日

事前に調査結果を整理したうえで、5月23日（月）の午後1時30分から高齢福祉課にて判断会議を開催することとした。